

(3) 参考様式

① 参考様式1

【入院時情報提供書】

(ケアマネ → 病院等)

記入日: 年 月 日 提供日: 年 月 日

居宅介護支援事業者 地域包括支援センター	事業所名			担当者名					
	所在地 TEL・FAX	〒		TEL	FAX				
利用者	氏名	ふりがな	性別	生年月日	生	年齢	歳		
	住所	〒		電話番号		身長 体重	cm kg		
緊急連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号				
		〒							
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		要介護度等	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 2 <input type="checkbox"/> 要介護1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 有効期間(年 月 日～ 年 月 日)						
		心身の状況	疾患名、病歴など						
		かかりつけ医	医療機関名() <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 TEL 主治医名()						
		サービス利用状況・サービス事業所名							
生活歴		<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)() <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)() <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週、うち医療保険 回/週)() <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)() <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週)() <input type="checkbox"/> 短期入所()() <input type="checkbox"/> その他 (回/週)() <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容)()							
A D L	自立	見守り	一部介助	全介助	該当する事項を記入				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベッド(寝たきり) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補装具使用				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔ケア、咀嚼、嚥下の問題: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他()) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)				
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
認知症	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M 特記事項()	
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2 特記事項()
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()							
医療措置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()								
連絡事項・その他					カンファレンス開催(参加)希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。
この情報は、 年 月 日現在のものです。

【裏面あり】

特記事項

○障害者手帳の有無

身体 知的 精神 (程度:)

○特定疾患の有無

無 有 ()

○感染症の有無

無 不明 有 ()

○身体機能(四肢麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚の疾患の有無など)

○ADLの詳細(特に配慮が必要な内容等)

○日常生活(住環境(居室の状況等)を含む。)及び療養上の留意事項と配慮内容

○家族等支援者の状況に関する留意事項

○入院中・退院後の希望(本人・家族の意向、かかりつけ医・在宅サービス側の方針等)

○看取りの方針(年 月 日現在)

無 有 (在宅看取り 施設看取り 入院看取り 未定)

(希望者: 本人 家族)

○入院に至る経緯

○経済状況

年金 無 有 (種類:) 生活保護(担当CW)

その他の収入 無 有 (内容:)

○その他

在宅で使用している医療器材、衛生材料、薬品等がある場合は、その製品名、サイズなどの詳細